

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

Année Scolaire 1929-1930 N° 60

FORMES PSEUDO-CHIRURGICALES
DE LA
SYPHILIS DU FOIE

THÈSE

PRÉSENTÉE

à la FACULTÉ de MÉDECINE et de PHARMACIE de LYON

et soutenue publiquement le 29 Novembre 1929

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

PAR

Ivan LEVET

Ancien Interne des Hôpitaux de Dijon

Né le 16 Septembre 1904 à MAKEEWEKA (Russie)



LYON

Imprimerie BOSC Frères & RIOU

42, Quai Gailleton, 42

1929

FORMES PSEUDO-CHIRURGICALES
de la SYPHILIS du FOIE



Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA41545316_0009

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

Année Scolaire 1929-1930 N° 60

FORMES PSEUDO-CHIRURGICALES
DE LA
SYPHILIS DU FOIE

THÈSE

PRÉSENTÉE

à la FACULTÉ de MÉDECINE et de PHARMACIE de LYON

et soutenue publiquement le 29 Novembre 1929

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

PAR

Ivan LEVET

Ancien Interne des Hôpitaux de Dijon

Né le 16 Septembre 1904 à MAKEEWEKA (Russie)



LYON

Imprimerie BOSC Frères & RIOU

42, Quai Gailleton, 42

1929

PERSONNEL DE LA FACULTE

Doyen honoraire	M. L. HUGOUNENQ.
Doyen	M. J. LEPINE.
Assesseur	M. ROLLET.

PROFESSEURS HONORAIRES

MM. AUGAGNEUR, CAZENEUVE, ROQUE, BARD, LANNOIS

PROFESSEURS

Cliniques médicales	MM. PIC
Cliniques chirurgicales	PAVIOT
Clinique obstétricale et Accouchements	TIXIER
Clinique ophtalmologique	BERARD
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	VORON
Clinique neurologique et psychiatrique	ROLLET
Clinique des maladies des enfants	NICOLAS
Clinique des maladies des femmes	LEPINE (J.)
Clinique d'oto-rhino-laryngologie	MOURIQUAND
Clinique des maladies des voies urinaires	VILLARD
Clinique chirurgicale, infantile et orthopédie	COLLET
Physique biologique, Radiologie et Physiothérapie	ROCHET
Chimie biologique et médicale	NOVE-JOSSERAND
Chimie organique et Toxicologie	CLUZET
Matière médicale et Botanique	HUGOUNENQ
Parasitologie et Histoire naturelle médicale	MOREL
Anatomie	BRETIN
Histologie	GUIART
Physiologie	LATARJET
Pathologie interne	POLICARD
Pathologie et Thérapeutiques générales	DOYON
Anatomie pathologique	FROMENT
Chirurgie opératoire	CADE
Médecine expérimentale et comparée et bactériologie	FAVRE
Médecine légale	PATEL
Hygiène	ARLOING (F.)
Thérapeutique	Etienne MARTIN
Pharmacie	COURMONT (P.)
Hydrologie thérapeutique et climatologie	SAVY
	LEULIER
	PIERY

PROFESSEURS TITULAIRES SANS CHAIRE

Chargé d'un cours de Pathologie externe	MM. VALLAS
— — Propédeutique de gynécologie	CONDAMIN
— — Chimie minérale	BARRAL
— — Urologie	GAYET

CHARGES DE COURS COMPLEMENTAIRES

Anatomie topographique	MM. THEVENOT (Léon)
Puériculture et hygiène de la première enfance	RHENTER
Chirurgie expérimentale	TAVERNIER
Applications du radium	NOGIER
Stomatologie	TELLIER

AGREGES

MM.	MM.	MM.	MM.
GARIN	MAZEL	CHEVALLIER	MARTIN (Joseph)
TRILLAT	SANTY	DUMAS	ROCHET (Ph.)
SARVONAT	DUNET	DUFOURT	WERTHEIMER
FLORENCE (G.)	CHALIER (André)	DEVIC	GATÉ
ROCHAIX	CHALIER (Joseph)	GABRIELLE	BERNHEIM
RHENTER	NOEL	MANCEAU	DECHAUME
			POLLOSSON

M. BAYLE, Secrétaire.



EXAMINATEURS DE LA THÈSE

MM. CADE, président ; CHALIER J., assesseur ;
DEVIC et GATÉ, agrégés.

La Faculté de médecine de Lyon déclare que les opinions émises dans les assertions qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend leur donner ni approbation ni improbation.

A MON PÈRE

Dont la vie de labeur et de probité
fut toujours pour moi le vivant exem-
ple du devoir.

A MA MÈRE

En faible témoignage de mon im-
mense affection.

A MA SŒUR

A MES PARENTS

A MES AMIS

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

MONSIEUR LE PROFESSEUR CADE

En témoignage de notre profond respect et de notre gratitude pour le grand honneur qu'il nous a fait en acceptant de présider cette thèse.

A MES JUGES

A NOTRE MAITRE

MONSIEUR LE PROFESSEUR PETITJEAN

*Professeur de Clinique médicale à l'Ecole de Médecine
de Dijon*

C'est à lui que nous devons tout ce que nous savons. Qu'il nous soit permis de lui exprimer combien nous avons été touché de la paternelle bienveillance dont il a toujours fait preuve à notre égard, et de l'assurer ici de notre vive reconnaissance.

A NOTRE MAITRE

MONSIEUR LE PROFESSEUR LECLERC

*Professeur de Clinique chirurgicale
Directeur de l'Ecole de Médecine de Dijon*

Il nous a fait profiter de sa grande expérience clinique pendant notre séjour dans son service.

Nous le prions de croire à notre profond respect.

A NOTRE MAITRE

MONSIEUR LE PROFESSEUR JEANNIN

*Professeur suppléant de Clinique médicale
à l'Ecole de Médecine de Dijon*

Nous dédions cet ouvrage dont il fut l'inspirateur et le guide.

Nous sommes heureux de lui témoigner ici toute notre gratitude, en le remerciant de ses conseils et de son enseignement.

A MONSIEUR LE DOCTEUR VEILLET

*Chef de Clinique médicale
à l'Ecole de Médecine de Dijon*

Il fut pour nous l'ami autant que le maître. Nous le remercions bien vivement de son enseignement et de ses judicieux conseils.

A MONSIEUR LE DOCTEUR BROUSSOLLE

*Ancien professeur suppléant de Clinique médicale
à l'Ecole de Médecine de Dijon*

Nous avons tenu à lui donner ce faible témoignage de notre gratitude.

En le remerciant de son enseignement, de la bienveillance qu'il nous a témoigné pendant notre internat et de l'intérêt qu'il nous a toujours porté depuis.

A NOTRE MAITRE

MONSIEUR LE DOCTEUR CASTIN

*Médecin-Directeur de l'Asile départemental d'aliénés
de Dijon*

Nous sommes heureux de lui dire ici notre gratitude pour la bienveillance et l'intérêt qu'il nous a toujours porté.

Nous le prions d'accepter ce témoignage de notre sincère attachement, et de croire à notre profond respect.

A MES AUTRES MAITRES

DE L'ECOLE DE MÉDECINE DE DIJON

Avant-propos

La syphilis est une maladie connue depuis bien longtemps. Cependant, malgré les nombreuses études dont elle fut l'objet, il faut bien avouer que ce vaste chapitre de pathologie est encore inachevé. Chaque jour, en effet, de nouvelles observations montrent l'extrême polymorphisme de la vérole et en étendent ainsi le domaine.

La Grande Guerre, troublant profondément le *modus-vivendi* des peuples, mêlant les races, créant partout des promiscuités inaccoutumées, a multiplié les cas de syphilis dans des proportions formidables, fournissant des sujets d'étude à foison, et donnant à la question le puissant intérêt de l'actualité.

Si les accidents des deux premières périodes évolutives de la syphilis sont faciles à rapporter à leur cause véritable, il n'en est plus de même pour les accidents tertiaires. Cette période, en effet, est le stade des accidents viscéraux, avec lésions dégénératives et sclérosantes définitives. Ces lésions se traduisent par des symptômes divers n'ayant rien de pathognomonique. Le malade, d'autre part, a souvent oublié son accident primitif, aussi l'on conçoit qu'il soit malaisé, dans ces circonstances, de porter un diagnostic étiologique.

Enfin, n'a-t-on pas dit que le tertiarisme pouvait prendre le masque de toutes les affections organiques? En vérité, qu'y a-t-il là de surprenant? Les lésions anatomiques tertiaires, aboutissant d'un processus inflammatoire à évolution lente, sont de deux ordres : la gemme et la sclérose. Par la pensée, répandons-les au hasard sur tel ou tel organe; combinons l'une à l'autre selon notre bon vouloir, puis imaginons les troubles organiques, les réactions de voisinage qu'elles vont engendrer, varions enfin les combinaisons de notre fantaisie, et nous aurons l'impression de manier une sorte de kaléïdoscope pathologique.

Pourtant, l'observation journalière nous montre que quelques-unes de ces fictions peuvent se réaliser. C'est ce que nous nous proposons de montrer. Mais ainsi compris, le sujet serait trop vaste, au-dessus de nos faibles moyens, aussi nous bornerons-nous dans ce travail à l'étude des syphilis tertiaires du foie simulant de affections chirurgicales.

D'autres, avant nous, se sont intéressés à cette question. En général, ce furent des chirurgiens qui, croyant être en présence de tumeurs opérables, enlevèrent des gommès du foie, et jugèrent intéressant de publier leurs observations pour mettre en garde contre cette cause d'erreur. Parmi eux, citons Legueu, qui, dès 1901, présentait deux de ses observations personnelles au Congrès de chirurgie et engageait son élève Steiner à étudier les syphilis du foie à forme pseudo-chirurgicale dans sa thèse inaugurale (Paris 1902). A la même époque Caïre rapportait (*Thèse de Lyon 1902*) une obser-

vation sur ce sujet, observation due à l'obligeance de M. le Professeur CADE.

Plus tard, Lejars publiait, en 1914, une série d'observations sur les gros foies syphilitiques dans la *Semaine médicale*.

Le Professeur Achard attirait l'attention de ses élèves sur cette cause d'erreur dans ses leçons cliniques de l'hôpital Baujon.

Plus près de nous, les docteurs Denéchau et Fruchaud-Brin, d'Angers, s'intéressèrent également à la question et leur élève, Agoulon, en reprit l'étude dans sa thèse (Paris 1923).

En 1921, MM. Gilbert Chiray et Coury font une communication très intéressante à la Société de Médecine des Hôpitaux de Paris.

Plus près de nous encore, Grenet, dans son traité de la syphilis viscérale, insiste sur les erreurs de diagnostic dues à la localisation de la syphilis sur le foie. Il s'étend particulièrement sur les formes dites pseudo-chirurgicales.

Nous-même avons eu l'occasion, au cours de nos études, d'observer deux cas très différents, l'un au service des Enfants malades, l'autre au service du Docteur Leclerc.

Ces deux observations, que nous rapportons, nous ont incité, sous l'inspiration de notre Maître, le Docteur Jeannin, à entreprendre ce travail. Le sujet nous a semblé intéressant tant au point de vue de l'étude clinique et du diagnostic si souvent malaisé, qu'au point de vue du traitement,

Nous passerons d'abord en revue les cas où l'on a songé à une affection chirurgicale du foie, dans une seconde partie, nous étudierons ceux qui ont fait penser à une affection chirurgicale d'un autre organe abdominal. Enfin, nous terminerons par quelques considérations anatomo-pathologiques, cliniques et thérapeutiques.

FORMES PSEUDO-CHIRURGICALES

de la SYPHILIS du FOIE

Syphilis du foie

simulant une affection chirurgicale du foie

Comme il est naturel de le penser, la syphilis hépatique simule surtout des affections chirurgicales du foie. En effet, dans 51,7 p. 100 des cas que nous rapportons, on a pu songer : à un cancer, à un kyste hydatique, ou à un abcès du foie.

C'est pourquoi nous avons placé ce groupe d'observations au début de ce travail.

OBSERVATION I

(Obs. MILLIAN : *Progrès Médical*, 25 janvier 1910. Résumée)

Mme A..., 37 ans, se présentait le 29 octobre 1909, portant une volumineuse gomme ulcérée de la base du cou. En août elle était venue consulter pour des tumeurs de la même région, qui prises pour des abcès froids, avaient été excisées.

La malade présente en outre des périotoses syphilitiques des tibias.

A l'examen on note une cicatrice de laparotomie qui date, dit la malade, de 1907. On constate un foie énorme, mesurant 27 centimètres de haut. L'organe est dur, porte deux bosselures à droite, et à gauche une encoche à angle droit, probablement témoin d'une ablation chirurgicale, pratiquée en 1907.

La rate est également grosse, elle déborde de deux travers de doigt les fausses côtes, et remonte jusqu'au mamelon gauche.

Pas d'ictère, pas d'ascite, pas de circulation veineuse collatérale.

Le teint est terreux, les muqueuses sont décolorées, la température oscille aux environs de 38°. La malade a notablement maigri. Les reflexes sont normaux.

En 1907, la malade a été opérée pour une tumeur du foie. Voici les renseignements transmis par le Docteur Peugniez à ce sujet :

Une première fois la malade consulte pour des douleurs vives à l'épigastre. On sentait une voussure nette de la région, la température était à 39°, on porta le diagnostic de pancréatite, la malade refusa l'intervention.

Plusieurs mois après elle revint sans fièvre, mais souffrant toujours. Je l'opère et tombe sur une tumeur bien limitée, grosse comme le poing, située sur le bord libre du foie. Cette masse a un aspect néoplasique et je l'enlève. La malade guérit.

Le Docteur Cornil qui fit l'examen histologique conclut à un fibrosarcome du foie, devant récidiver rapidement.

Or, la malade est revenue depuis avec une angiocholite biliaire, les coupes examinées à nouveau montrèrent qu'il s'agissait non d'un sarcome, mais d'une gomme du foie.

On institue un traitement par l'Hectine B. Au bout d'un mois les gommes du cou sont cicatrisées, les périostoses tibiales améliorées, les bosseulres du foie ont disparu, le foie a diminué de volume, l'état général de la malade est excellent.

OBSERVATION II

(Thèse d'AGOULON : obs. 2. Résumée)

M. B... vient consulter le 13 juillet 1922. Il avoue des excès de boisson. Il est marié, père d'un enfant de neuf ans, bien portant. Sa femme n'a jamais fait de fausses couches.

En 1912, il ressent une gêne persistante dans l'hypocondre droit et l'épigastre. Parfois apparaissent des crises douloureuses violentes qui le forcent à s'aliter. Ces crises s'atténuent et cessent sans traitement. B... peut faire la guerre.

En 1918, il contracte la diphtérie et les douleurs d'autrefois reparaissent, mais moins vives. Le malade en se palpant découvre une masse dure, peu douloureuse qui déborde ses fausses côtes droites.

Examiné par le médecin il est considéré comme porteur d'une tumeur du foie, on lui propose une intervention qu'il repousse.

Il est alors soumis à divers traitements, sauf à un traitement anti-syphilitique.

En 1922, après une période de calme les douleurs reprennent. Ce sont des sensations de gonflement de l'hypocondre droit et de l'épigastre, suivies de débâcles diarrhéiques. Le malade a perdu l'appétit, a notablement maigri, enfin sa température se maintient à 38°. Il n'a eu ni hémorragie, ni vomissement. Son teint rappelle celui des cancéreux.

On est surpris par le développement de la partie supérieure de l'abdomen et le déjettement en dehors de l'hémithorax droit.

Une masse soulève la paroi abdominale. La palpation montre qu'il s'agit du foie, qui, énorme et globuleux, déborde l'ombilic de deux travers de doigts, mesurant, 23 centimètres, sur la ligne médiane et 18 sur la ligne mamelonnaire. Il n'y a pas de circulation veineuse collatérale, pas d'ascite. La rate est grosse et mesure 14 centimètres.

Les bases pulmonaires sont mates du fait de l'hyperhépatosplénomégalie. Les selles sont pâteuses, ne contiennent pas de sang. Les urines contiennent un peu d'albumine.

Le diagnostic est hésitant, s'agit-il d'un cancer ou d'une syphilis ?

Le malade avoue alors une vérole contractée à 25 ans, trois ans avant le début des accidents actuels, et à peine traitée. Un Wassermann pratiqué le 16 juillet est fortement positif.

Un traitement est immédiatement mis en œuvre, l'état général se transforme, le foie diminue de volume. Chose curieuse c'est surtout sur le lobe droit que porte la diminution, le lobe gauche restant au voisinage de l'ombilic.

Le 13 février 1923, le foie ne mesure que 17 centimètres, sur la ligne médiane au lieu de 23, et 12 centimètres au lieu de 18 sur la ligne mamelonnaire.

La rate passe de 14 centimètres à 7 cm. 1/2. L'état général est excellent.

OBSERVATION III

(Thèse d'AGOULON : obs. IV. Résumée)

M. M., 44 ans. Pas d'antécédents héréditaires. Dans ses antécédents personnels, on note : une poliomyélite dont le malade a gardé des signes atténués. Le sujet avoue un éthy-lisme marqué. Il nie toute syphilis. Il a un enfant de 17 ans, bien portant, sa femme n'a pas fait de fausses couches.

Le 15 mai 1922 il est pris de coliques très violentes au creux épigastrique, s'irradiant dans les lombes et le flanc droit, accompagnées de vomissements pénibles, glaireux, et de l'émission de gaz par le bas. Il n'y a pas de température. Les

jours suivants mêmes crises. On pense à des coliques hépatiques. Au bout de quelques jours tout rentre dans l'ordre, il n'y a pas eu d'ictère.

En juin les douleurs reprennent sans vomissements d'abord, puis les vomissements reparaissent, pénibles et contenant des filets de sang.

L'état général fléchit, le malade perd l'appétit et maigrit.

À l'examen on trouve une tuméfaction du creux épigastrique et l'on songe à l'ulcère calleux de l'estomac avec périgastrite. Cette tuméfaction augmente rapidement, on sent une masse dure douloureuse, mate, semblant siéger sur le bord droit de l'estomac ou le bord gauche du foie. Bientôt elle semble avoir envahi le foie et dès lors elle suit les mouvements respiratoires. La radiographie montre contre toute attente un estomac normal. Le médecin traitant propose une intervention, mais le chirurgien s'y refuse, ayant diagnostiqué un cancer de l'estomac, propagé au foie.

Sans conviction on institue un traitement mercuriel qui est suivi d'ictère avec décoloration des selles. Le diagnostic de néoplasme semble s'imposer de plus en plus.

Un autre médecin consulté, en présence de ce gros foie atteignant l'ombilic, à bord net, sans bosselures, en présence d'une rate hypertrophiée, en l'absence d'ascite et de circulation collatérale songe à la syphilis et préconise un traitement par l'hectine B, puis l'hectargyre. A la vingtième piqûre le malade est transformé. L'ictère a disparu ainsi que les douleurs, le foie diminue de volume et le malade engraisse à vue d'œil. En huit semaines, le patient est guéri. Il conserve une grosse rate, un foie débordant les fausses côtes d'un travers de doigt, les troubles fonctionnels ont disparu, l'état général est excellent.

OBSERVATION IV

(Thèse d'AGOULON : obs. 5)

Femme de 56 ans. Depuis 1920 elle maigrit progressivement. Le 26 février 1922 elle fait une hématomélose importante, suivie de méléna, puis apparaît un ictère. Le foie mesure

18 centimètres sur la ligne mamelonnaire. Il est dur mais non douloureux, parsemé sur son bord et sa face antérieure de noyaux assez volumineux. On note un peu d'ascite et une circulation veineuse collatérale marquée à type sous-ombilical.

Les bases sont encombrées de râles sous-crépitants, le cœur est gros et présente des extra-systoles. Il n'y a pas d'albumine dans les urines, mais on y trouve de l'urobiline, et des sels biliaires.

On porte le diagnostic de néoplasme primitif de l'estomac propagé au foie. Le Docteur B..., prévoyant une évolution rapide se contente de prescrire de l'hémostyl avec un régime lacté.

Le 11 juillet l'ictère a disparu, le facies est meilleur mais l'anorexie persiste.

Le 2 mars 1923, la malade a une épistaxis abondante qui se répète, elle mouche et crache du sang, elle saigne des gencives. Le foie n'a pas augmenté de volume. Il y a de l'albumine dans les urines, mais plus d'urobiline. Un nouvel examen, le 28 août, ne montre aucun changement. En face de cette évolution toute autre que celle qu'il avait prévue, le médecin songe à une syphilis possible. La rate est palpable et vient appuyer ce diagnostic. On prescrit un traitement déguisé. Au bout de deux mois le médecin est surpris du changement survenu chez cette malade : l'état général est bien meilleur, elle mange de la viande qu'elle supporte parfaitement, ses selles sont normales. Le foie, toujours gros et dur, a diminué de trois centimètres.

OBSERVATION V

(Thèse de STEINER : obs. 3)

Femme de 27 ans. Depuis un an, douleurs dans la région sous-costale gauche et la poitrine. Six mois plus tard apparaît une tumeur de la grosseur d'un œuf de poule dans la région sous-costale droite. Les douleurs deviennent intolérables. A la palpation tumeur du volume du poing, dure, unie,

légèrement mobile, s'abaissant avec les mouvements respiratoires et paraissant tenir au foie.

Diagnostic : tumeur du foie.

Laparatomie : incision sur la tumeur. Celle-ci siégeait sur le bord droit du foie; on put l'amener au dehors avec le foie, on enlève au thermocautère un morceau ovale de tissu hépatique normal situé en avant de la tumeur, puis on énuclée cette dernière avec des instruments émoussés.

La cavité provenant de l'énucléation fut tamponnée avec de la gaze iodoformée.

Il s'agissait d'une gomme du foie mesurant 8 centimètres de diamètre.

Guérison. Les douleurs disparurent et la malade prit du poids.

OBSERVATION VI

(Thèse de STEINER : obs. 4)

Femme de 40 ans. Laparotomie. Volumineuse tumeur mobile provenant du lobe de Spiegel.

Syphilis du foie. Mort au douzième jour de septicémie.

OBSERVATION VII

(Thèse de STEINER : obs. 7)

Femme de 40 ans, pas de signes de syphilis, diagnostic : sarcome du foie.

A l'opération tumeur du volume d'un œuf d'oie, considérée comme une tumeur du foie avec quelques réserves.

Le microscope en démontra la nature syphilitique.

Guérison.

OBSERVATION VIII
(Thèse de STEINER : obs. 8)

Femme de 45 ans, sans antécédents syphilitiques, qui avait des douleurs de l'hypocondre droit depuis deux ans, et qui sentit une tumeur se développer lentement sans ictère ni troubles digestifs. Cette tumeur est dure, à surface lisse, mobile de gauche à droite, et avec les mouvements de la respiration, elle est du volume d'une orange, se continuant avec le foie dont elle est séparée par un sillon.

Incision parallèle au rebord costal droit; on trouve une tumeur pédiculée du foie adhérente aux intestins. Le pédicule est étreint au moyen d'un lien élastique, puis on taille deux lambeaux de façon à faire une excision en coin.

Il s'agit d'une syphilome du foie.

Le cas se serait terminé par la mort.

OBSERVATION IX
(HOCHENEGG : *Société impéro-royale de médecine de Vienne*
In Bulletin Médical, 1890. Résumé)

Femme de 43 ans, souffrant depuis un an de douleurs abdominales.

Depuis six mois environ est apparue une tumeur grosse comme un œuf siégeant sous les fausses côtes droites, et semblant appartenir au foie.

La tumeur est enlevée au thermocautère.

L'examen histologique montre qu'il s'agit d'une gomme.

OBSERVATION X
(*Monde Médical*, 1^{er} septembre 1925 ; obs. CASTAY. Résumée)

Officier, âgé de 35 ans. Pas d'antécédents morbides personnels. Père de trois enfants bien portants.

En 1920, il ressent un point douloureux dans l'hypocondre droit.

Le foie débordait les fausses côtes de trois travers de doigt, la langue est saburrale, les conjonctives subictériques. Le sujet est constipé, et a peu d'appétit. Ces troubles cèdent à un régime : restriction carnée, sulfate de soude.

En 1922, crise d'urticaire durant une semaine, avec endolorissement de la région hépatique et troubles dyspeptiques, qui depuis lors reparaissent et disparaissent périodiquement, s'accompagnant parfois de température et de sueurs.

En 1923 le sujet s'aperçoit qu'il est porteur d'une tumeur à l'épigastre. Cette tumeur est indolore, grosse comme la tête d'un fœtus. Elle siège sous le rebord costal droit et empiète sur l'épigastre; bien limitée arrondie, lisse, sans adhérence avec la paroi, elle est immobile latéralement, et suit les mouvements du foie pendant la respiration. Elle est mate, et son aire de matité se continue avec celle du foie, cette dernière mesure 18 centimètres, sur la ligne mamelonnaire.

Ces signes font penser à une affection du foie.

Le début remontant à deux ans et l'absence de cachexie font éliminer le cancer.

L'absence de douleur, de température, et d'antécédents aigus, font écarter l'idée d'abcès du foie.

L'absence de splénomégalie, de signes d'hypertension portale, d'ictère n'est pas en faveur d'une cirrhose veineuse ou biliaire.

Par contre l'urticaire, les démangeaisons fréquentes font penser au kyste hydatique. Le radiologue consulté conclut à une tumeur kystique du lobe droit du foie.

Aussi malgré l'absence d'éosinophilie (la réaction de Wienberg-Parvu n'ayant pu être pratiquée), on propose une laparotomie devant se terminer probablement par l'ablation d'un kyste hydatique.

L'opération est pratiquée par le médecin principal Faure.

Après ouverture: lobe gauche énorme cirrhotique, dur, régulier, dont la couleur grisâtre contraste avec celle du lobe droit resté normal.

Nombreuses ponctions négatives, cicatrisation normale.

En l'absence de tout signe de syphilis on pratique un Bordet-Wassermann qui est fortement positif,

On institue un traitement par le cyanure de mercure, puis par le novar-sénobenzol. Amélioration très nette.

OBSERVATION XI

(Clément SIMON et RENTY, *Société de dermatologie et de syphiligraphie*, 10 novembre 1921. Résumé)

M. Cart..., 39 ans. Rien de saillant dans ses antécédents, si ce n'est qu'il a eu un ictère en 1905.

En 1908, le malade s'aperçoit qu'il maigrit progressivement, en même temps, dit-il, son ventre grossit « du haut ». A cette époque apparaît une diarrhée, les selles sont peu colorées. Son médecin constate une tumeur hépatique et l'envoie à un chirurgien qui l'opère pour kyste hydatique. La laparotomie infirme ce diagnostic, là se bornent les renseignements fournis par l'intervention.

Ultérieurement, le chirurgien pensant sans doute à un cancer, fait faire des rayons X. Cette thérapeutique ne donne pas de résultats, l'amaigrissement se poursuit.

En 1921, on constate une hypertrophie en masse du foie, on aperçoit une masse lisse et arrondie, régulière et très dure, siégeant un peu à droite de la ligne médiane. Pas d'ictère, pas d'ascite. La rate peu hypertrophiée est perceptible mais non palpable.

Le malade porte une importante déformation nasale due, selon lui, à un accident survenu dans l'enfance. Il a en outre un palais ogival.

La réaction de Bordet-Wassermann fortement positive fait penser à la syphilis hépatique.

On met alors en œuvre un traitement novarsénical. L'appétit renaît, le malade engraisse, le foie diminue de volume.

OBSERVATION XII

(GRENET. *La Syphilis*, p. 272. Résumé).

Femme de 45 ans, grande buveuse, marchande aux halles. Le 1^{er} août 1919, elle est opérée pour cholécystite. On ne

trouve que quelques adhérences, pas de calculs. On referme après simple exploration.

La malade va bien jusqu'en 1922. Elle revient alors avec du subictère, un gros foie douloureux débordant les fausses côtes de trois travers de doigt. Une radiographie après insufflation du côlon fait poser le diagnostic de kyste hydatique du foie, et montre une grosse rate.

On opère la malade le 10 mars, on ne trouve qu'un gros foie cirrhotique. Des recherches de laboratoire faites après l'opération montrent une éosinophilie de 2 %, un Bordet-Wassermann positif et une réaction de Weinberg-Parvu négative.

On commence un traitement spécifique interrompu par la sortie de la malade.

Par la suite, la malade entre dans un autre service, avec de l'œdème des membres inférieurs, du subictère des conjonctives, un gros foie de l'ascite, de la dyspnée et une température à 39°. Il n'y a ni urticaire, ni vomissements, ni éosinophilie, ni polynucléose. Devant ces signes, la malade affirmant avoir eu un kyste hydatique, on songe à une supuration secondaire.

On intervient, et l'on ne trouve rien.

Ultérieurement la malade revient à l'hôpital; on la traite à la fois comme alcoolique et syphilitique; ces cures faites dans les services sont suivies de succès. Par contre les traitements ambulatoires tentés plusieurs fois sont toujours restés sans résultat.

OBSERVATION XIII

(Thèse d'AGOULON : Observation 6)

Un homme de 70 ans est adressé au Professeur Achard par le chirurgien à qui on l'avait envoyé pour être opéré d'un kyste hydatique du foie; le chirurgien avait rejeté ce diagnostic. Ce malade avait contracté la syphilis en 1871 et fut insuffisamment traité,

En 1910, il éprouve un prurit gênant; un médecin ayant reconnu un gros foie institue un régime lacté, suivi de bons résultats. En juillet 1920, nouveau prurit sans caractères urticariens, accompagné de pesanteurs épigastriques. C'est alors que le diagnostic de kyste hydatique fut porté.

Le malade est pâle, amaigri, présente du subictère des conjonctives. Le ventre est gros, météorisé sans ascite ni circulation collatérale. Le foie est gros, débordant les fausses-côtes de quatre travers de doigt, dur, irrégulier, son bord inférieur est tranchant, échancré. Dans le triangle épigastrique on aperçoit une tumeur un peu douloureuse, arrondie, qui sans doute a fait croire au kyste hydatique. Mais rien à l'examen ne venait confirmer cette idée; la rate est grosse; l'examen radioscopique après insufflation du côlon montrait un foie augmenté de volume dans son ensemble. La réaction de Weinberg-Parvu est négative, il n'y a pas d'éosinophilie.

Le Wassermann positif et le succès du traitement par le 914 confirment le diagnostic de cirrhose syphilitique.

OBSERVATION XIV (Thèse d'AGOULON : Observation 7)

Homme de 61 ans. Syphilis non traitée en 1890. En 1904, il ressent une pesanteur dans le flanc droit, le foie est gros; le diagnostic de kyste hydatique est porté, mais la laparotomie infirme ce diagnostic. On institue un traitement spécifique peu intensif, mais à la suite d'albuminurie il est traité par du biiodure de mercure, puis du 914, puis de l'huile grise.

En 1914, hémathémèse abondante suivie de melœna.

Un examen le 31 janvier 1922 montre un abdomen gros, de la circulation collatérale très développée. Le foie est gros sans irrégularités, à bord tranchant, dur et descendant à l'ombilic.

La rate donne une matité de quatre travers de doigt. Il n'y a pas de signes de syphilis, mais un double souffle aortique et un Wassermann positif. L'ancienneté des lésions hépatiques fait écarter l'idée de cancer, celle de cirrhose syphilitique s'imposait.

OBSERVATION XV

(Thèse d'AGOULON : Observation I. Résumée)

M. G..., 31 ans, chauffeur d'automobile. Rien de saillant dans ses antécédents; il est marié, père d'un enfant de 17 mois, bien portant.

Le 22 juin, il est pris en pleine santé, pendant son sommeil, d'une violente douleur au creux épigastrique, l'hypocondre et le flanc droit. La douleur s'irradie en ceinture. Il n'y a eu ni vomissements, ni troubles du transit intestinal, ni ictère, ni coloration anormale des urines.

La région appendiculaire est souple, mais la région vésiculaire est douloureuse. Le foie est nettement hypertrophié, la température reste à 37°6.

Les phénomènes douloureux s'amendent en 48 heures.

Le cinquième jour on assiste à une nouvelle crise. La douleur est terrible, avec angoisse respiratoire, la palpation de la région vésiculaire exaspère la douleur. On songe à un abcès du foie. Le chirurgien appelé pense, lui, à un abcès sous-phrénique.

Laparotomie : contre toute attente, on ne trouve absolument rien. Le foie ponctionné en plusieurs endroits ne recèle pas d'abcès, il est pourtant énorme, lisse et rouge. On referme. Les suites opératoires sont normales.

L'intervention semble cependant avoir amélioré le malade qui peut se lever un mois après. Mais au lendemain de son premier lever il ressent une pesanteur dans l'hypocondre droit et a de la gêne respiratoire. Bientôt il présente de l'œdème et se cachectise rapidement.

Il entre à la clinique d'Angers, très amaigri, avec un œdème blanc et mou des membres inférieurs, du tronc et de la région rénale; il est en proie à une dyspnée marquée et sa température oscille entre 38° et 39°. Les urines sont rares, hautes en couleur sans albumine, ni pigments biliaires. La partie inférieure du thorax et la partie supérieure de l'abdomen sont déformées, très élargies et l'on voit une saillie à l'épigastre.

Le foie est énorme, il remonte de l'ombilic à la 4^e côte, soit 18 cms, sur les lignes axillaires mamelonnaires et paras-ternales, et 14 cms seulement sur la ligne médiane.

La partie débordante du foie est lisse, peu douloureuse, le ventre est tendu mais il n'y a pas d'ascite. On note un peu de circulation collatérale, et une rate augmentée de volume. L'examen du thorax montre un double épanchement sans déplacement du cœur.

Les réflexes cutanés, tendineux et oculaires sont normaux. Il n'y a pas de leucoplasies buccales.

On ponctionne la pleurésie droite qui est la plus volumineuse.

A la radio : Sommets obscurs, mais sans lésions nettes, médiastin obscur, cœur normal, foie étalé et volumineux.

C'est en présence de ces divers renseignements que l'on interroge plus soigneusement le malade; on apprend alors qu'il a contracté la syphilis en 1915; il n'a reçu que trois injections de novarsénobenzol et complètement oublié cet incident.

On institue immédiatement un traitement par le 914, puis le cyanure de mercure. Au bout de deux mois, le malade rentre chez lui, ne conservant qu'une rate un peu grosse et un foie senti à l'épigastre. Cette guérison rapide ne s'est pas démentie par la suite.

Notons en terminant que le Wassermann s'est toujours montré négatif dans le sang et le liquide pleural, ou céphalorachidien,

OBSERVATION XVI

OBSERVATION DU SERVICE DES ENFANTS MALADES DOCTEUR JEANNIN

(Docteurs AGRON et BROUSOLE)

M... Marguerite, 9 ans.

Père et mère en bonne santé; frères et sœurs bien portants. La malade, elle-même, n'a pas eu d'autres maladies.

En novembre 1927, l'enfant entre à l'hôpital parce qu'elle souffre du ventre depuis un mois. Elle n'a jamais vomi et va régulièrement à la selle.

Examen. — L'épigastre est légèrement bombé, il existe une circulation veineuse un peu apparente de la région et de l'ascite.

A la palpation, on sent une tuméfaction mal délimitée et très douloureuse. L'enfant accuse des douleurs spontanées. La température est élevée et fait de grandes oscillations entre 40° et 38°.

A l'auscultation: quelques frottements pleuraux.

A la radio: la bouillie que l'enfant a prise huit heures avant de passer à l'écran se trouve dans son cæcum et son côlon transverse.

L'estomac paraît normal. Mais le foie est énorme. On pense à un abcès du foie.

Le 15 décembre 1927, on opère: A l'ouverture du ventre, on trouve un gros foie violacé avec de la périhépatite. Pensant toujours trouver du pus, on se borde soigneusement et l'on ponctionne le parenchyme hépatique, mais en vain; on ne retire absolument rien, sinon un peu de sang. On referme et on laisse tout de même un drain sous-hépatique, qui ne donne rien. Suites normales.

Le 9 janvier 1928, l'enfant sort sur la demande de ses parents.

(Docteur JEANNIN)

Le 14 mars 1928: L'enfant entre à nouveau. Elle présente une ascite volumineuse et de l'œdème des deux membres

inférieurs. Il existe, en outre, une circulation veineuse sous-cutanée abdominale très marquée, surtout au niveau de l'hypocondre droit.

Les deux bases pulmonaires sont mates, la matité est plus étendue à gauche, où elle s'élève jusqu'à l'angle de l'omoplate. A l'auscultation, on trouve des frottements pleuraux à la base droite.

A la base gauche, obscurité respiratoire remontant jusqu'à l'épine de l'omoplate. Partout ailleurs, tant en avant qu'en arrière, on trouve des râles sous-crépitaux de gros calibre.

Il existe également de la micro-polyadénopathie inguinale bilatérale.

La température oscille entre 38°5 et 37°6.

Le 16 mars : L'ascite devenant de plus en plus volumineuse, on est obligé d'en évacuer 2 litres 1/4; on retire du liquide citrin.

L'enfant a eu une épistaxis cette nuit. Elle présente un peu de subictère surtout marqué aux conjonctives.

L'ascite une fois évacuée, on distingue nettement une grosse rate qui descend au niveau de l'ombilic. A l'épigastre, on sent une tuméfaction dure descendant à trois travers de doigt de l'ombilic et semblant se continuer avec le foie.

Le Wassermann dans le liquide d'ascite est négatif.

Le 26 mars : L'état de l'enfant ne s'est pas amélioré, l'ictère est de plus en plus manifeste, les épistaxis se répètent deux à trois fois par jour, enfin les lèvres portent des fissures qui saignent facilement. L'orifice de paracentèse s'est fistulisé et entouré d'une zone ulcérée. L'œdème des membres inférieurs est considérable, les membres supérieurs commencent à s'œdématiser.

L'auscultation pulmonaire montre de gros râles sous-crépitaux remontant jusqu'à l'épine de l'omoplate.

Une diarrhée abondante et bilieuse s'est installée ces jours-ci. On a commencé depuis deux jours un traitement consistant en l'administration de sulfate de soude et de suppositoires à l'onguent napolitain (0,10).

Le 29 mars : En raison du volume de l'ascite et de la dyspnée, on pratique une nouvelle paracentèse abdominale qui évacue près de deux litres de liquide citrin. Le subictère

s'est accentué, l'enfant a tous les jours deux ou trois épistaxis. Depuis l'entrée, la température oscille entre 39° et 37°4.

Le 30 mars : La dyspnée a diminué, mais l'enfant est somnolente, l'œdème est toujours très accentué.

Le 1^{er} avril : Décès à 10 heures du soir.

Examens de laboratoire

17 mars. — Examen de sang : Bordet-Wassermann négatif.
Numération globulaire : Hématies 3.286.000
Leucocytes 6.200
Formule leucocytaire : Polynucléaires 79
Lymphocytes 16
Grands mononucléaires . 5

Le 30 mars. — Examen du liquide d'ascite : Bordet-Wassermann négatif.

Examen cytologique : Nombreux lymphocytes, quelques hématies, quelques rares polynucléaires, quelques grandes cellules à noyau périphérique, quelques placards endothéliaux.

Autopsie

A l'ouverture du ventre s'écoulent près de 4 litres de liquide tenant en suspension des flocons fibrineux. Les anses grêles ont un aspect délavé, certaines sont recouvertes d'un exsudat fibrineux mou et facile à enlever. Le grand épiploon est rétracté et adhère au niveau de l'incision de laparotomie.

L'examen du petit bassin et des organes génitaux internes ne décèle rien d'anormal.

Le foie pèse 1.375 gr. Il est recouvert d'exsudat qui, en certains points, lui donne un aspect glacé. Sa forme est régulière, pas d'aspect clouté. De consistance très dure, il crie sous le couteau. La coupe montre un tissu hépatique véritable du fait des altérations cadavériques. Ce tissu est traversé par des bandes d'aspect fibrineux et il existe sur la tranche quelques granulations d'aspect marron cru.

La rate est grosse et pèse 360 gr. Elle est rosée et de consistance ferme.

Au cœur : Pas de lésions valvulaires, mais un léger épanchement péricardique.

Les deux plèvres contiennent environ chacune 100 gr. de liquide.

Les poumons sont atelectasiés et splénisés au niveau des bases. Les lésions sont plus accentuées à gauche.

Examen histologique (Docteur KUHN)

Sur le fragment prélevé on note un état de sclérose péri-lobulaire assez accentué, et des néocanalicules biliaires très nombreux. On trouve en un point une gomme tout à fait typique, entourée d'une gangue scléreuse et d'une zone infiltrée de lymphocytes. Le centre est nécrosé. Il s'agit de lésions syphilitiques indéniables.

OBSERVATION XVI *bis*

(Thèse de CAIRE, obs. I, résumé)

Femme de 40 ans. Passé pathologique chargé.

Depuis quatre ans la malade ressent des douleurs dans le côté droit, ces douleurs ne s'irradient pas. L'on ne retrouve pas de coliques hépatiques franches dans le passé de la malade.

A l'examen on sent une tuméfaction arrondie dans l'hypochondre droit.

Le Docteur Roux, de Lausanne, fit une laparotomie médiane. Il trouva un foie portant de multiples bosselures, et en préleva une aux fins d'examen microscopique. Il soupçonna la « lues venerea ». L'intervention amena une rémission des signes observés.

Depuis deux mois une douleur sourde et supportable se manifeste à nouveau, siégeant du côté droit. Elle s'accompagne de vomissements, de diarrhée et d'anorexie.

La malade est cachectique, son foie est perçu à l'épigastre mais ne déborde pas les fausses côtes droites.

Les réflexes sont exagérés, il n'y a ni tremblement ni incoordination. L'ascite est volumineuse, augmente de plus en plus, le réseau veineux sous-cutané abdominal est très accusé.

Le 3 janvier 1900 : mort.

Autopsie : Foie scléro gommeux, avec gommès multiples de tailles diverses.

Etude critique

Si, dans les quelques observations que nous venons de rapporter, la syphilis du foie a pu être confondue avec un *néoplasme*, un *kyste hydatique*, un *abcès du foie*, c'est qu'à côté d'un tableau symptomatique plus ou moins net, il existait un signe capital, une *tumeur* appartenant nettement au foie, et diagnostiquée telle à cause de sa situation et de sa mobilité avec l'organe pendant la respiration. L'existence de cette tumeur a été interprétée dans tel ou tel sens, selon sa forme souvent, et l'allure du tableau clinique concomitant.

Ainsi, dans les cas où le diagnostic de *cancer* fut porté, le tableau clinique correspondait bien à celui de l'affection envisagée. Les troubles digestifs du début sont représentés par des *vomissements* banaux (obs. III) ou des *hémathémèses* plus ou moins abondantes (obs. III-IV), par de la *diarrhée* (obs. II), plus fréquemment par de l'*anorexie* (II-III-IV). La *douleur*, qui ne présente du reste aucune particularité, est presque de règle puisqu'on la trouve 5 fois sur 8 observations. Elle est sourde, continue, avec des crises paroxystiques (obs. II), ou vive, survenant brusquement par accès (I-III) et peut présenter des irridiations (III).

L'*ictère* semble plus rare que dans les cas de néoplasme (obs. III-II).

Enfin, l'*ascite* (obs. IV), l'augmentation rapide du volume de la tumeur (obs. III), le mauvais état général et l'amaigrissement peuvent compléter le tableau clinique.

Par contre, on note souvent un symptôme que l'on ne trouve jamais dans les cas de cancer, c'est l'*hypertrophie de la rate* (obs. I-II-IV). Ce fait important a été mis en vedette par Tripier à propos des cancers abdominaux.

A cet ensemble symptomatique impressionnant s'ajoute, fait capital, la constatation de l'existence d'une *tumeur hépatique*.

Elle se présente le plus souvent comme une masse unique de volume variable plus ou moins régulière (I-II-V-VII-VIII) ou comme des noyaux multiples simulant le cancer marronné du foie (obs. I-IV).

C'est, en effet, le *cancer nodulaire*, le *cancer secondaire*, qui simule la syphilis hépatique, non qu'elle ne soit pas susceptible de créer un gros foie lisse comme le cancer en amande, mais elle semble incapable d'engendrer comme lui une déficience hépatique profonde. Et si, une fois, un gros foie lisse à bords nets fut étiqueté cancer, plutôt qu'abcès (obs. III), c'est que les autres signes ne permettaient pas la seconde interprétation.

Ce sont, en effet, ces gros foies lisses qui, dans deux de nos observations, ont fait croire à l'*abcès*. Pourtant, dans l'observation XV, la fièvre était absente, seule la douleur subite, atroce, pouvait faire songer à l'abcès. L'observation XVI est plus typique, avec sa douleur peu marquée durant depuis longtemps et sa température à grandes oscillations. Il ne saurait être question des petits abcès multiples, *mais seulement du grand abcès amibien* du foie qui est rare dans nos régions.

Le *kyste hydatique*, lui aussi, est une affection rela-

tivement rare dans nos pays, parlant assez mal connue. C'est ce qui explique qu'on y ait songé devant des tumeurs du foie, lisses, arrondies, mates, peu douloureuses et uniques, comme c'est le cas dans nos observations.

La plupart du temps, 4 fois sur 5, on s'est, en effet, contenté, semble-t-il, de ce seul signe pour poser ce diagnostic. Toutefois, une de nos observations, obs. X, nous apporte un cas assez embarrassant et où le diagnostic présentait vraiment de grandes difficultés.

Il est, certes, facile d'épiloguer lorsqu'on a en main la pièce, ou la relation des constatations opératoires, cependant, il nous semble pouvoir dire que 4 fois sur 5 le diagnostic de kyste hydatique n'aurait pas dû être posé après discussion serrée, en effet, le seul fait que la rate était augmentée de volume dans les observations XI-XII-XIII-XIV devait, nous ne disons pas faire écarter ce diagnostic immédiatement, mais provoquer un examen plus complet qui, inévitablement eût révélé un Bordet-Wassermann positif (obs. XI-XII-XIII-XIV) l'absence d'éonnophile, ou de prurit ou d'épistaxis.

Enfin, il eût suffi de songer à la vérole pour pratiquer un Bordet-Wassermann dans l'observation X, et, par cela même, être mis en bonne voie dans ce cas vraiment épineux.

Cette série d'observations nous montre que si la vérole peut simuler diverses maladies chirurgicales du foie, ce n'est, en général, que d'une façon assez incomplète. Toujours il manque quelques signes ou bien il existe un symptôme, qui ne cadre pas avec les autres

aussi un examen méticuleux doit-il presque toujours permettre d'arriver au diagnostic exact.

Pour dépister une syphilis du foie, on se basera d'abord sur les antécédents personnels ou héréditaires du malade. L'observation XV nous montre, en effet, que l'*hérédo-syphilis tardive* peut, comme la syphilis acquise, engendrer des accidents hépatiques prêtant à confusion avec une maladie chirurgicale.

Les signes digestifs et la douleur, les signes généraux ne sont pas, le plus souvent, d'un grand secours, cependant on admet que dans le cancer la cachexie est plus rapide que dans la syphilis.

Au contraire, l'existence d'une *splénomégalie* est un argument de très grande valeur, puisqu'elle n'existe généralement ni dans le cancer ni dans les kystes hydatiques, ni dans l'abcès du foie. Malheureusement cette hypertrophie manque parfois. Dans les observations III-V-VI-VII-VIII-X, soit dans la moitié des cas environ, elle n'est pas signalée.

La radiographie, le plus souvent, ne donne pas de renseignements intéressants, elle peut même tromper le clinicien (obs. XII-X) en montrant une ombre ronde comparable à celle du kyste hydatique, aussi faut-il être très réservé sur l'interprétation des signes radiologiques en pareil cas. Les examens de laboratoire ne doivent pas être négligés. Le Bordet-Wassermann, lorsqu'il est positif, est un argument de très grande valeur.

En outre, si l'on songe au cancer nodulaire, qui est le plus souvent secondaire, il paraît prudent d'explorer le tube digestif, de faire un chimisme gastrique et de re-

chercher le sang dans les selles, bien que ces épreuves n'aient pas une valeur absolue.

Dans les cas où l'on soupçonne le kyste hydatique, il faut rechercher l'éosérophilie sanguine. Le Weimberg-Parvu semblerait être une réaction assez fidèle si l'on s'en tenait à nos 5 observations, et si l'on ne savait, d'autre part, qu'il est souvent négatif dans les cas de kyste hydatique et positif dans 30 à 35 p. 100 des cas où le Bordet-Wassermann l'est aussi.

Au cas d'abcès du foie, il faut chercher au minimum l'hyperleucocytose sanguine. La ponction exploratrice étant à déconseiller.

Enfin, le traitement d'épreuve qui donne souvent des résultats rapides (obs. I, II, III, IV, X, XI XII, XVI) est un moyen de discrimination qu'il convient de ne point négliger, en l'adaptant toutefois aux conditions particulières exigées par les circonstances.

Syphilis du foie simulant une affection chirurgicale d'un organe autre que le foie

Dans la première partie de notre travail, nous avons rapporté des observations où la syphilis du foie simulait des affections chirurgicales de cet organe. Mais là ne se borne pas le polymorphisme de la vérole, il semble qu'elle prenne un malin plaisir à égarer le clinicien par ses masques divers.

Aussi une syphilis hépatique a-t-elle pu être confondue avec une cholécystite, une tumeur du rein ou du colon, avec un kyste hydatique de la rate, un ulcère ou un cancer de l'estomac. Tels sont les cas que nous allons étudier maintenant,

OBSERVATION XVII

(Thèse de PARANIKAS : Observation 11)

Femme de 30 ans environ, amaigrie, urémique, souffrant depuis six mois de douleurs intenses se répétant par crise, dans la région sous-hépatique. Ces crises s'accompagnaient de brusques ascensions thermiques à 38°-39°, et au cours des dernières semaines, la fièvre reparaissait chaque soir. Sous le rebord du foie, dans la région vésiculaire, on percevait et l'on voyait même, soulevant la paroi amincie, une masse arrondie, grosse comme une orange, de consistance ferme et sensible au palper.

Le Professeur Lejars pensa tout d'abord à une cholécystite avec péricholécystite. Il intervint et découvrit une tumeur dure et blanchâtre occupant le bord inférieur du foie et la partie adjacente de la face convexe. Cachée au-dessous, la vésicule était normale et sa face hépatique ne présentait aucun point suspect.

Quelle était la nature de cette tumeur ?

L'aspect bosselé, l'amaigrissement rapide, firent admettre qu'il s'agissait d'une tumeur maligne. Ajoutons que l'interrogatoire le plus minutieux et l'examen le plus soigné n'avait pas révélé de traces de syphilis.

On referme le ventre et l'on porte un pronostic sombre.

Or, l'état local s'améliora peu à peu, et le traitement spécifique acheva la guérison.

Dix ans plus tard la malade revint avec une gomme du tibia qui fut reconnue tout de suite et guérie rapidement sous l'influence du traitement.

OBSERVATION XVIII

(Thèse d'AGOULON : Observation 12)

Femme de 38 ans; depuis 17 ans, elle souffre de coliques hépatiques des mieux caractérisées, se reproduisant deux ou trois fois l'an. Depuis deux ans, elles n'ont pas reparu, mais ont fait place à une douleur sourde et continue de la région sous-hépatique.

On sent un gros foie et une tumeur représentant au mieux une vésicule grosse. Le diagnostic est celui de vésicule calculieuse, peut-être dégénérée.

A l'intervention, on trouve sur le foie une masse bosselée, d'allure néoplasique; on l'enlève. L'état général s'améliore ensuite. Le Wassermann positif permet d'instituer un traitement pleinement efficace.

OBSERVATION XIX

(Thèse d'AGOULON : Observation 16. Résumée)

Homme de 43 ans ; en 1894 a eu une ulcération de la verge déclarée non syphilitique, pas d'accidents secondaires nets. En 1914, le 5 septembre, est pris subitement d'une douleur aiguë dans la région épigastrique, s'irradiant dans le dos, durant toute la nuit, accompagnée de vomissements bilieux. On pense à une colique hépatique; en trois mois, il a cinq ou six crises semblables, survenant toutes après le repas du soir. En novembre, on trouve un foie notablement augmenté de volume, et le médecin pense à un kyste hydatique du foie; mais le Weinberg est négatif tandis que le Wassermann est positif. La radiographie montre une tumeur refoulant le diaphragme jusqu'au niveau de la 4^e côte.

Un premier traitement à l'onguent gris et l'iodure de potassium ne donne pas de résultats. On emploie alors le novarsénobenzol et l'on constate la régression de la tumeur qui, après deux séries de 1 gr. 20 de ce médicament, n'affleure plus qu'à la 7^e côte. En mars 1915, le malade a un Wassermann négatif.

OBSERVATION XX

OBSERVATION DU SERVICE DE CLINIQUE CHIRURGICALE DOCTEUR LECLERC

Madeleine G..., 37 ans, sans profession.

Entrée le 26 janvier 1927,

La malade vient à l'hôpital parce qu'elle souffre du flanc droit.

On ne trouve rien d'intéressant dans ses antécédents héréditaires.

Antécédents personnels : Coliques hépatiques il y a trois ans.

Le début de la maladie actuelle remonterait à six mois; la malade souffrait de l'hypocondre droit, eut des coliques assez violentes ; en même temps son ventre se météorisait et une tumeur, que la malade pouvait percevoir elle-même, fit son apparition un peu à droite de l'ombilic. La douleur de l'hypocondre droit s'irradie à l'épaule.

A cette date, il n'y a pas de température, pas de vomissements, pas d'ictère. Depuis, la tumeur para-ombilicale a disparu, mais la malade a continué à souffrir à peu près constamment, les périodes de calme ne durant pas plus de huit jours ; cependant l'intensité des douleurs n'atteignait pas celle de la première crise.

Il y a 15 jours, nouvelle crise douloureuse. Les douleurs très vives, siégeant dans l'hypocondre droit, et s'irradiant vers l'épaule droite, obligent la malade à se tenir courbée en deux. En même temps, le ventre se ballonne, les selles deviennent plus rares, la malade a de violentes coliques, des vomissements alimentaires, et la tumeur abdominale redevient perceptible. Les urines sont rares et il y a presque anurie pendant deux jours. Au bout de ce temps survient une décharge urinaire très importante (plusieurs litres), les urines étaient claires et laissaient déposer au fond des bocaux un sédiment sableux. On assiste également à une décharge fécale, les selles sont deux à trois fois plus abondantes qu'à l'ordinaire, mais non diarrhéiques. Actuellement, bien que la malade déclare avoir maigri, l'état général est satisfaisant.

Les douleurs spontanées ont disparu, il n'y a plus de vomissements, les urines et les selles sont normales, ni épistaxis, ni prurit.

L'abdomen est ballonné et l'on voit des ondes péristaltiques se dessiner sous la paroi abdominale.

A la palpation, le ventre est souple, le bord inférieur du foie est perçu à deux travers de doigt au-dessous des fausses-

côtes droites. En outre, on sent, au niveau de l'ombilic et à 2 centimètres à droite, une masse dure et arrondie appendue au foie. La palpation de cette tumeur est douloureuse et permet d'obtenir le ballottement lombo-abdominal. La rate est perçue à la percussion et à la palpation.

Appareil digestif : digestions lentes, pesanteurs d'estomac. Rares brûlures d'estomac.

Appareil cardio-pulmonaire : légère dyspnée d'effort.

Appareil génital : Règles douloureuses, abondantes, toutes les 3 semaines pendant 5 jours.

Pertes jaune-verdâtre, brûlures à la miction.

Trois enfants bien portants. Cinq ans après son dernier accouchement, la malade fait une fausse-couche de trois mois, et un an plus tard, elle a de nouveau un enfant bien portant.

Devant cet ensemble de symptômes, on porte le diagnostic de cholécystite calculueuse, et on intervient.

Intervention : A. G. K. E. Laparotomie sous-costale droite. On trouve, contre toute attente, un néo du foie dont un noyau a simulé une vésicule distendue. Il semble aussi qu'il y ait eu erreur sur le volume de la rate, que l'on explore et qui ne semble pas très volumineuse. On prélève un fragment de la tumeur, on referme et l'on porte un pronostic des plus sombres.

Résultat de l'examen histologique : Gomme du foie.

Un Bordet-Wassermann ultérieur dans le sang est positif.

OBSERVATION XXI

(Thèse de STEINER : Observation II. Résumée)

Femme de 40 ans, épileptique; dans ses antécédents on trouve des coliques hépatiques survenues à l'âge de 20 ans. Elle nie tout accident spécifique, mais elle a perdu ses cheveux et souffre de céphalées nocturnes; en outre, elle a eu une tumeur du cou qui a disparu sous l'influence d'un traitement par des frictions mercurielles et l'administration d'iode,

Depuis 5 ou 6 ans, la malade se plaint de douleurs de l'hypocondre droit, coïncidant avec des troubles de la miction; parfois il y a oligurie pendant 24 heures; d'autres fois la malade urine toutes les dix minutes.

A l'examen, on trouve les deux reins mobiles, ce qui explique les crises urinaires; mais en outre on découvre en avant du rein droit remis en place, sur le bord externe du grand droit, une masse lisse, régulière et arrondie, peu douloureuse au toucher, se déplaçant dans les changements d'attitude, mais conservant toujours son point d'attache avec le foie. Malgré le peu de symptômes, on considère que cette tumeur est une vésicule biliaire dilatée et kystique. L'abdomen ouvert on trouve un lobe du foie flottant et largement pédiculé sur le lobe droit du foie. Il porte à sa partie inférieure deux noyaux fibreux ressemblant à des noyaux cancéreux, mais on suppose, vu les antécédents, qu'il s'agit probablement de noyaux syphilitiques. On enlève ce lobe flottant, la malade quitte l'hôpital au bout de la quatrième semaine.

Examen histologique : Gomme du foie.

OBSERVATION XXII

(POUCEL. *Archives des Maladies du foie, du pancréas et de la rate*. Janvier 1928. Résumé).

(*Hépatite scléreuse syphilitique à symptômes inaccoutumés.*

Jeune fille de 21 ans. Son père est bien portant. Sa mère est morte en couches. Elle a quatre frères en bonne santé. Elle même est frêle, ne pesant que 36 kgs. A 19 ans elle a eu une tumeur blanche (?) du genou, parfaitement guérie après synovectomie. Depuis quatre mois, elle a un abcès froid sternoclaviculaire (?).

Le 22 décembre 1925, elle est réveillée à 4 heures du matin par une douleur dans l'hypocondre droit, sans fièvre ni vomissement. Le lendemain, la malade a 38°8, de violentes douleurs et un peu de météorisme. Elle est envoyée à l'Hôpital de la Conception pour cholécystite.

La douleur qui était localisée au point vésiculaire devient imprécise et à siège variable. La température oscille pendant dix jours entre 37° et 39°. Il se forme dans l'abdomen trois tuméfactions:

1° Dans l'hypocondre gauche, grosse masse semblant être la rate débordant de trois travers de doigt le rebord costal;

2° Dans l'hypocondre droit, le foie est gros, sa limite supérieure est à un travers de doigt du mamelon. En dessous des fausses-côtes et les débordant de six travers de doigt, une masse qui grossit tous les jours;

3° Au dessous de la masse précédente, tuméfaction s'enfonçant dans la profondeur. On ne peut déterminer si ces deux tumeurs sont indépendantes.

La radiographie après insufflation gastrique et cœlique, montre : une grosse rate; la limite inférieure du foie est prolongée par une masse faisant corps avec elle et encochant la ligne iliaque. Cette masse ne semble pas se déplacer avec les mouvements respiratoires. Le cul-de-sac pleural est libre.

On pense à une péritonite fibro-caséuse sous-hépatique.

Le 29 décembre 1925, un Wassermann du sang est positif.

L'examen des urines montre : des traces d'albumine et 2 gr. 50 de sucre par litre; il n'y a pas de pus.

Le 5 janvier 1926 : cathétérisme urétéral; le bassinet admet 5 cms cube de liquide. Les urines sont claires.

La température qui oscillait tombe à 37° pendant deux à trois jours, puis se remet à osciller.

On essaye sans succès les rayons ultra-violets.

Mars 1926. — Examen du sang :

Hémoglobine : 70.

Globules rouges : 5.360.000.

Globules blancs : 10.000.

Mononucléaires moyens : 5 %.

Lymphocytes : 12 %.

Polynucléaires neutrophiles : 75 %.

Métamyélocytes : 3 %.

Orthomyélocytes 5 %.

La masse sous-hépatique atteint la crête iliaque, il n'y a pas d'ictère.

Le 29 mars 1926 : Laparotomie exploratrice. Incision laté-

rale droite. Dès l'ouverture on remarque de la périhépatite diffuse qui rend difficile l'abaissement du foie. Ce dernier descend jusqu'à la crête iliaque, il est multilobé. Au niveau du bord libre on prélève un nodule dur, jaunâtre, gros comme une cerise. Sur la face convexe on trouve çà et là plusieurs nodules; sur la face concave, on note une saillie du volume d'une orange ayant l'aspect du foie normal. Le foie a l'aspect macroscopique du foie syphilitique.

Examen histologique (Docteur CAUDIERE) :

D'une part, tissu hépatique bien reconnaissable; d'autre part, nappe de tissu scléreux dense, parsemé de nodules inflammatoires formés de lymphocytes et de monocytes. Les nodules ont une disposition périvasculaire, le centre de quelques-uns a subi une fonte nécrotique. Dans le tissu reconnaissable on voit de la sclérose diffuse.

Le diagnostic est : Lésion inflammatoire chronique probablement syphilitique.

Un traitement avec 15 piqûres de biiodure et 4 grs d'iodure de potassium, puis 11 piqûres de Quimby après un court repos, amène une véritable résurrection. Le volume du foie et de la rate diminue, la gomme sterno-claviculaire disparaît. Au bout d'un mois et demi, l'état général est bon. En octobre 1927, sans nouveau traitement, la malade a pris 11 kgs. Le foie et la rate sont normaux.

L'examen de la synoviale enlevée en 1923 concluait alors à une inflammation probablement syphilitique.

Pour Poucel, il s'agit sans doute d'une syphilis héréditaire tardive.

OBSERVATION XXIII

(Thèse d'AGOULON : Observation II)

Femme de 30 ans, sujette depuis deux ou trois ans à des crises douloureuses lombaires, avec vomissements; puis la douleur devient continue.

Tumeur du flanc droit, grosse comme une tête de fœtus, allongée verticalement, douloureuse, non mobile avec la res-

piration, séparée du foie par une zone sonore ; le ballottement est net. Urines normales, mais périodes d'oligurie suivies de débâcles urinaires. Pensant à une hydronéphrose, ou à une tumeur kystique du rein, le Professeur Lejars intervient. Il trouve un gros lobe hépatique en continuité avec le bord postérieur du foie. Le Wassermann est positif.

OBSERVATION XXIV

Thèse de STEINER : Observation 2)

Femme de 37 ans. Dans le côté droit de l'abdomen existe une tumeur paraissant appartenir au rein; elle en a la forme et trois fois le volume; elle se déplaçait sous la main et suivait le mouvement respiratoire.

Diagnostic : Néoplasme du rein.

Incision de la paroi abdominale; tumeur ovoïde, grosse comme les deux poings, rattachée par une base mesurant trois doigts d'épaisseur à la face inférieure du foie. On enlève la tumeur, on suture le feuillet viscéral au feuillet pariétal du péritoine avant l'ablation.

Guérison parfaite.

Il s'agissait d'une gomme du foie, pesant 750 grammes.

OBSERVATION XXV

(Thèse d'AGOULON : Observation 3. Résumée)

Mme X., 52 ans. Son père, qui aurait été épileptique, est mort, ainsi que sa mère, à un âge avancé.

La malade a eu une fille, actuellement bien portante; elle a fait ensuite une fausse couche de trois mois. Plus tard, elle a subi une hystérectomie nécessitée par des hémorragies dues à un fibrome.

En 1921, trois mois après une chute sur le côté gauche, elle ressent une gêne douloureuse dans le flanc gauche avec paorxysmes spontanés. Elle découvre elle-même en se tâtant une volumineuse tumeur du côté gauche. Une ponction pratiquée par son médecin ramène du sang.

Divers diagnostics sont envisagés, en particulier : kyste hydatique ou hématome de la rate.

En 1922, elle fut laparotomisée; on ne sait ce que trouva le chirurgien, mais l'intervention n'amena aucune amélioration. Peu après surviennent des troubles digestifs et des douleurs à l'épigastre, ces dernières provoquées par l'ingestion des aliments.

En août 1922, la malade vient consulter pour des troubles vésicaux antérieurs à l'intervention.

Au niveau de l'incision en L jadis pratiquée pour explorer la rate, on sent une masse dure, régulière, remontant vers la droite, l'épigastre et le rebord du foie dont on ne peut la séparer. Cette tumeur est mate, suit légèrement les mouvements de la respiration et sa limite supérieure est difficile à apprécier; par contre on suit assez bien son bord inférieur. Le rein n'est pas senti.

La palpation donne le ballottement lombo-abdominal, enfin l'espace du Traube est conservé.

Les urines sont normales.

Le reflexe photomoteur est paresseux à gauche, les reflexes rotuliens sont normaux, mais les achilléens font défaut.

Le Wassermann n'a pas été pratiqué, cependant on fait 15 injections de cyanure de mercure et 5 de 914.

L'état général s'améliore, les douleurs s'atténuent et la tumeur diminue de deux travers de doigt en quelques semaines.

En 1923, après une nouvelle série de 914, l'état général est tout à fait satisfaisant, et la tumeur a tellement régressé que l'examen le plus minutieux ne peut la déceler.

OBSERVATION XXVI

(Thèse de STEINER : Observation 13. Résumée)

Femme de 30 ans, sans antécédents. Elle entre à l'hôpital pour tumeur volumineuse, indolente et faisant saillie au niveau de l'hypocondre gauche et de l'épigastre. L'état général est bon : ni troubles digestifs, ni amaigrissement, légère leucocytose sanguine, température normale.

Le foie est un peu gros et déborde les fausses-côtes, mais un examen sérieux permet de croire que la tumeur est indépendante du foie.

Les renseignements fournis par la malade sont précis, la tumeur date de plusieurs mois et grossit rapidement depuis quelques semaines. Le chirurgien ayant conclu à un kyste hydatique de la rate, on décide d'intervenir. On trouve une rate grosse, en effet, mais la tumeur est due au lobe gauche du foie très hypertrophié; on crut qu'il s'agissait d'une cirrhose hypertrophique, et on referma le ventre. La malade mourut 36 heures après l'intervention.

L'examen histologique montra qu'il s'agissait d'une hépatite syphilitique scléro-gommeuse.

OBSERVATION XXVII

(LEJARS, *Semaine Médicale*, 14 février 1914. Résumé)

Homme de 38 ans, souffrant depuis huit ans de douleurs épigastriques, survenant de sept à huit heures après les repas, et s'accompagnant de vomissements.

En 1909, les vomissements cessent, mais ils sont remplacés par des nausées parfois suivies du rejet de glaires.

Depuis trois mois les vomissements ont reparu.

Il y a quatre mois est apparue une douleur en barre au niveau du côlon transverse. A la palpation, on sentait une masse dure et bosselée. On pense à un néoplasme de l'estomac, mais la radio montre que cette masse siège au-dessus de cet organe.

La laparotomie exploratrice montre une tumeur du foie d'aspect néoplasique. Le microscope montra qu'il s'agissait d'une gomme. On institue alors un traitement spécifique.

OBSERVATION XXVIII

Thèse d'AGOULON : Observation 15)

Schrager rapporte le cas d'un homme de 35 ans qui, depuis dix-huit mois, souffrait de crises douloureuses épigastriques,

survenant une heure après les repas, accompagnées de nausées, sans vomissements, durant une heure ou deux, d'une acuité telle, parfois, qu'elles nécessitaient l'emploi de la morphine. Pas d'ictère. L'examen révélait une certaine sensibilité sous le rebord costal droit, mais pas de tumeur. Le malade avait contracté la syphilis 14 ans auparavant, il avait été traité par des injections mercurielles pendant quatre mois, puis par des frictions pendant six mois.

Marié depuis trois ans, il avait un enfant indemne de tout stigmate d'hérédosyphilis.

Malgré cette syphilis avouée, les accidents étaient si caractéristiques, que M. Schrager crut devoir conclure à un ulcère de l'estomac ou du duodénum, et opéra.

Estomac, duodénum, vésicule biliaire étaient normaux ; mais la face convexe et le bord du lobe droit du foie étaient parsemés de petits nodules gris blanchâtres qui, soumis à l'examen histologique, furent reconnus pour des gommès. Il en existait également sur le cholédoque et le col de la vésicule. Le traitement fut institué et les accidents disparurent.

OBSERVATION XXIX

(MM. PAVIOT, BERTRAND, CROIZAT et CHEVALIER.

Lyon Médical, 24 mars 1929. Résumé)

B... Andrée entre pour hémathémèse et melœna survenus dans la matinée. Dans les antécédents collatéraux de la malade, il faut noter : un frère mort d'affection pulmonaire et une sœur bacillaire.

Son mari, dont elle est séparée, aurait eu des rhumatismes articulaires aigus, et, d'autre part, un Wassermann positif.

Il a suivi un traitement. La malade n'a pas eu d'enfant.

Elle même n'a jamais été sérieusement malade, mais accuse des troubles digestifs légers et des douleurs épigastriques constrictives.

Le matin de son entrée, après une nuit normale, vers cinq heures du matin, la malade a soif, elle se lève pour boire,

En se recouchant elle a des nausées et finit par vomir du sang pur, non aéré, en énorme quantité.

A l'entrée, on constate que la face du sujet est pâle, ses muqueuses sont décolorées, son pouls bat à 105.

Au bout de quelques jours, elle évacue du sang rouge, non digéré, avec quelques caillots, en grosse abondance.

Dès son entrée elle a été mise tête basse, avec une vessie de glace sur l'abdomen; elle a reçu deux litres de sérum en goutte à goutte rectal et un litre en injection intraveineuse. Devant ces symptômes, on décide de faire observer la malade dans un service de chirurgie.

Pendant cinq jours elle ne présente aucune hémorragie; puis brusquement, une nuit, après avoir accusé une sensation d'angoisse précordiale, elle meurt. Le diagnostic avait été « ulcus » et la mort fut attribuée à une perforation.

Autopsie. — Il n'y a pas de liquide dans les plèvres.

On trouve une abondante hémorragie péritonéale (1 à 2 litres) avec caillots noirâtres dans les loges spléniques, sus et sous-hépatiques. Le tube digestif exploré de l'œsophage au rectum ne présente aucune lésion, même minime. La rate est assez nettement augmentée de volume.

Le foie. — On remarque sur la face inférieure du lobe de Spiegel une ulcération en coup de curette, qui conduit le doigt dans une poche du volume d'une orange contenant du sang et une bouillie putrillagineuse. La paroi est anfractueuse, irrégulière, tapissée de caillots adhérents, elle est limitée par une coque blanchâtre de trois millimètres d'épaisseur. Le foie a, d'une façon générale, l'aspect jaunâtre nécrotique avec par place des grains chamois. Ni sclérose, ni fice-lage. Quelques calculs à facettes dans la vésicule, sans signes d'inflammation. Mais la bile est hémorragique avec des reflets rouges.

Histologie. — La paroi de la cavité a l'aspect typique d'une coque de gomme. Les points chamois sont des gommies miliaires. Le parenchyme est finement sclérosé.

OBSERVATION XXX

(Thèse de STEINER : Observation 6)

Femme de 37 ans. Au niveau de l'ombilic une tumeur dure, bosselée, mobile avec les mouvements respiratoires. Diagnostic : tumeur carcinomateuse ou tuberculeuse du côlon transverse. On pratique la laparotomie médiane. On trouve une tumeur fixée par un court pédicule au lobe gauche du foie.

C'était une gomme. Douze jours après, il fallut réintervenir pour faire une autoplastie afin de combler la brèche faite à la peau. La guérison fut obtenue.

OBSERVATION XXXI

(Thèse de STEINER : Observation 10. Résumé)

Le 15 septembre, une femme de 38 ans entre à l'hôpital pour douleur abdominale, tumeur nette et amaigrissement prononcé.

Six mois environ avant son entrée, elle avait commencé à souffrir de son hypocondre droit, les douleurs se montrant surtout après les repas. En même temps elle constate la présence d'une tumeur dans son flanc droit. A cette date l'état général de la malade était encore bon.

Mais les douleurs s'accroissent, forçant la malade à garder le lit, les forces diminuent rapidement et l'amaigrissement est rapide.

A son entrée, notre patiente a le teint jaune, elle est très émaciée, son appétit a notablement diminué. Elle n'a jamais vomi, mais elle se plaint de douleurs dans l'hypocondre droit. Ces douleurs sont continues, exagérées par le décubitus horizontal et la marche.

On trouve en haut et à droite de l'ombilic une tumeur lisse, arrondie, de 12 cm. de diamètre, assez dure, mate à la percussion, mobile dans le sens transversal, mais plus difficile à

mouvoir dans le sens vertical, douloureuse au palper et séparée du foie par une zone sonore.

Il n'y a eu ni hématomène, ni méloène.

En présence de cette tumeur, de ce teint jaune, de cet amaigrissement rapide, on songe à un cancer. Le siège est difficile à préciser, on pense qu'il s'agit d'un néoplasme latent de l'estomac avec localisation secondaire sur l'épiploon.

Le 5 octobre 1900. — Laparotomie. On trouve sur la face antérieure du lobe droit du foie un gros noyau d'aspect néoplasique, ferme, de couleur claire, dur à la coupe. On recherche les lésions primitives au niveau de l'intestin et de l'estomac sans les trouver.

On enlève cette tumeur; les suites de l'intervention sont normales. Par la suite on apprend que cette femme a fait une fausse couche, a eu un accouchement prématuré, et sur les quatre accouchements à terme qu'elle a eus, un seul enfant est resté vivant, les autres étant morts en bas âge.

Examen histologique : Syphilis hépatique.

Etude critique

Dans les observations XVII, XVIII, XIV, XX, XXI, le diagnostic porté a été : *cholécystite* ou *coliques épa-thiques*. Relisons, par exemple, l'observation XIX, nous y trouvons la descriptions d'une crise constituée par l'apparition brusque d'une douleur aiguë siégeant à l'épigastre, s'irradiant dans le dos et en particulier vers l'épaule droite. Cette crise, survenue la nuit, s'accompagne de vomissements. Elle se reproduit cinq ou six fois en trois mois et toujours après le repas du soir. N'est-ce pas là une colique hépatique des plus typiques ?

L'observation XXI est toute aussi démonstrative ; nous voyons même s'ajouter deux symptômes : l'anurie pendant la crise et la décharge urinaire consécutive.

L'observation XVII est moins riche de détails, mais ici nous voici en présence de crises douloureuses répétées, *s'accompagnant de température* et coexistant avec une tumeur sensible de la région vésiculaire qui fait penser à la cholécystite.

Dans le cas suivant, le malade avait depuis longtemps des coliques hépatiques, celles-ci avaient cessé pour faire place à une douleur sourde continue accompagnant une tumeur appendue au foie : n'est-ce pas ainsi que se comporte une *cholécystite calculeuse* ?

La symptomatologie est en somme assez complète dans tous ces cas ; notons de suite que jamais on ne signale l'ictère, pourtant très fréquent dans les coliques hépatiques et la cholécystite.

En outre, un examen approfondi dans les observations XVIII, XIX, XX, eût montré un Wassermann positif, et des accidents syphilitiques indéniables dans les observations XIX, XX et XXI. D'autre part, le dosage de cholestérine dans le sang n'a pas été fait, peut-être aurait-il été utile. Enfin, une radiographie de la vésicule avant et après injection de tétraïode peut parfois donner des indications précieuses.

En somme, ici encore un interrogatoire serré et une critique sévère des signes observés eût permis un diagnostic dans 4 sur 5 des cas.

Les deux cas suivants ont prêté à confusion avec des affections du rein : *hydronéphrose* dans l'observation XXIII, et *cancer* dans l'observation XXIV. Remarquons, avant d'aller plus loin, que les deux fois on avait pu croire à une tumeur indépendante du foie ; comme, d'autre part, cette tuméfaction siégeait à l'endroit où l'on a coutume de trouver le rein droit lorsqu'il est augmenté de volume, nul doute que ces considérations aient influé sur le diagnostic.

Les périodes d'*oligurie* suivies de *débâcles urinaires* ont orienté le diagnostic vers l'hydronéphrose dans l'observation XXIII, la constatation du ballottement lomboabdominal et la douleur lombaire ne pouvaient que confirmer cette idée. Il est regrettable, cependant, que l'auteur ne précise pas les rapports entre les crises urinaires et la douleur, d'une part, les crises urinaires et le volume de la tumeur, d'autre part. Ces deux renseignements eussent été d'un précieux appoint. Il semble donc que pour l'observation XXIII on se soit un peu hâté de porter un diagnostic. Une systoscopie eût per-

mis de comparer l'élimination des deux orifices urétraux. On aurait pu, également, pratiquer un cathétérisme urétéral, lequel aurait pu montrer s'il existait un obstacle entre la vessie et le bassin. L'on aurait pu comparer les urines des deux reins, voire même exécuter une pyélographie.

Dans l'observation XXIV, l'on songeait au cancer du rein, mais il n'est pas question de recherche du sang dans les urines. Le renseignement est pourtant d'importance.

Dans les observations XXV et XXVI, la situation anormale de la tumeur a fait penser au *kyste hydatique de la rate*. C'est là, en vérité, une affection bien rare. Il était donc prudent, avant d'admettre ce diagnostic, de rechercher les poussées urticariennes et l'éosinophilie sanguine. L'examen du sang aurait montré un Wassermann positif.

Enfin, la syphilis hépatique a pu être confondue avec des *affections du tube digestif*, ainsi que le montrent nos dernières observations.

Une fois on a pensé au *néoplasme* (obs. XXVII), pourtant il n'y avait ni hémathémèses, ni méléna ; il n'y avait que des vomissements survenant à heures fixes. Le sujet n'avait que 38 ans, il était donc relativement jeune, et il était malade depuis 8 ans, ce qui dépasse l'évolution d'un cancer gastrique. Mais, ici encore, la tumeur, siégeant à l'épigastre, plaidait insidieusement en faveur de ce diagnostic ; du reste il a suffi d'une radio pour le faire rejeter, et l'on fit une laparotomie exploratrice.

Deux fois on a pu croire à un *ulcère*. Dans l'observa-

tion XXVIII, la notion de syphilis n'a pas suffi à faire écarter cette idée, tant le tableau clinique paraissait net. Bien plus troublant encore est le cas rapporté par MM. Pavio, Bertrand, Croizat et Chevalier (obs. XXIX). En effet, il y avait eu hémathémèse et méléna abondants, le début avait été précédé de troubles digestifs, enfin la mort était survenue sans que l'on put rien tenter. Dans ce dernier cas, l'erreur était fatale, vu les circonstances ne permettant aucune recherche complémentaire.

Dans deux cas, enfin, on a songé à une *tumeur du colon ou du mésocolon transverse*. En vérité, on ne voit pas bien dans l'observation XXX ce qui a pu faire porter ce diagnostic, il n'y avait ni méléna, ni troubles du transit intestinal. La recherche du sang dans les selles, un chimisme gastrique, une radiographie et aussi un interrogatoire plus complet eussent permis d'éviter l'erreur dans l'observation XXXI.

Considérations anatomopathologiques

Il ne semble pas qu'il faille faire de différences au point de vue de l'*anatomie pathologique microscopique*, entre les syphilis hépatiques médicales et les formes dites pseudo-chirurgicales. L'une et l'autre sont un mélange à proportions variables de gommes et de sclérose ; de ces éléments l'un ou l'autre peut prédominer et créer ce que l'on a appelé la forme gommeuse pure, ou la forme scléreuse pure. En réalité, on devrait toujours dire forme sclérogommeuse, terme qu'on a réservé aux cas où les deux processus sont à peu près d'égale importance.

Du point de vue qui nous occupe, disons tout de suite que ce sont les grosses gommes et aussi les formes scléro-gommeuses qui égarent le plus souvent le diagnostic.

L'*anatomie pathologique macroscopique* mérite de retenir un instant notre attention. Tout d'abord remarquons que les gommes peuvent occuper une situation anormale, ce qui explique en partie les erreurs avec les affections chirurgicales des autres organes abdominaux : vésicule, rein, rate, estomac, colon transverse. Pendant longtemps on ne connut que le foie ficelé, et les petites gommes. L'on ne pensait pas à la syphilis

devant les tumeurs volumineuses. Le plus souvent, il est probable qu'elles étaient prises pour des cancers, et l'on se gardait bien d'y toucher. Si par extraordinaire une opération était tentée, l'aspect de la pièce opératoire était tel qu'en l'absence d'examen histologique, on classait de bonne foi le cas au rang des néoplasmes.

Ainsi il a fallu une erreur de diagnostic motivant l'intervention, et un examen microscopique de la pièce pour que nous sachions quel volume considérable une gomme peut atteindre. Il a fallu, remarquons-le bien, un examen histologique pour créer une forme pseudo-chirurgicale de la syphilis hépatique, au double point de vue clinique et anatomo-pathologique.

Essai d'étude clinique

Restant dans le cadre de notre sujet, nous n'envisagerons que la syphilis hépatique tertiaire, ou héréditaire tardive, seules capables de créer les formes cliniques qui nous occupent.

La localisation hépatique du tertiarisme est rare, puisque Fournier n'en trouve que 9 exemples sur 4,400 cas, c'est peut-être pour cette raison que la syphilis hépatique tertiaire est encore mal connue. Les traités classiques sont en effet sobres de détails sur ce sujet, surtout pour les formes pseudo-chirurgicales qu'ils se bornent à indiquer d'un mot.

Quoi qu'il en soit, considérant les observations que nous venons de retracer, il semble bien difficile de brosser un tableau clinique de l'ensemble, d'une part, et de trouver un critère diagnostic, d'autre part. Essayons, cependant.

Un examen attentif du sujet et un interrogatoire soigneusement mené permettent, en général, de relever les traces d'une *syphilis ancienne*, ou *héréditaire* : aveu du malade, ou de ses ascendants, cicatrices suspectes, déformations faciales, maux de tête, alopecie, signe d'Argyll, abolition des réflexes rotuliens, etc.,

Le début de l'affection peut se faire de deux façons :

Insidieusement, comme le professent les traités classiques, soit par des troubles généraux, amaigrissement, asthénie, soit par des troubles digestifs vagues, soit, enfin, par une douleur obtuse siégeant en général dans l'hypocondre droit. Ces signes peuvent du reste se combiner à proportion variable.

Brusquement, surprenant le sujet en pleine santé apparente, à la façon d'une colique hépatique, par exemple. Ce mode de début est marqué par une douleur violente siégeant à l'hypocondre droit ou au creux épigastrique, et s'accompagnant souvent de vomissements. Il est assez fréquent qu'on note de la *fièvre* et cela ne doit pas nous surprendre, car le tertiarisme, surtout dans ses formes hépatiques, s'accompagne volontiers de ce symptôme.

A la période d'état, on retrouve la fièvre qui peut affecter une allure très variable. Les troubles digestifs sont constitués par des *vomissements*, parfois des *hémathémèses*. On peut également observer de la *diarrhée*. Enfin, l'*anorexie* manque rarement. L'état général est déficient.

L'exploration de l'abdomen révèle une *déformation du foie*. L'on trouve soit un gros foie lisse et régulier, soit un gros foie portant une ou plusieurs bosselures, régulières ou non. Enfin, on peut observer des tumeurs qui paraissent indépendantes du foie, et siégeant soit à l'épigastre, soit dans les flancs, le plus souvent à droite.

La rate est souvent *volumineuse*, son hypertrophie peut être modérée ou considérable, malheureusement ce signe de grande valeur diagnostique, que les classiques

estiment être la règle, paraît manquer souvent. Notons, enfin, qu'il peut y avoir de l'*ictère*, du *prurit*, de l'*ascite*, des selles décolorées, des hémorragies diverses, mais ces signes semblent peu fréquents ; en tout cas, l'*ictère* est toujours modéré.

Tout ce que nous savons sur la radiographie du foie, c'est qu'il convient de se méfier des renseignements qu'elle fournit, et de les interpréter avec une extrême prudence.

L'examen du sang découvre souvent un *Wassermann positif* et rarement de l'éosinophilie sanguine.

Un tel tableau clinique est évidemment vague, et ne présente aucun signe caractéristique permettant un diagnostic à lui seul. Cependant il nous enseigne qu'une affection hépatique à début brusque ne doit pas faire écarter d'emblée l'idée de syphilis, même si cet accident inopiné est fébrile. En outre, il nous montre que des diagnostics tels que néoplasme, abcès, kyste hydatique du foie doivent être de prime abord refusés s'il existe une grosse rate, quitte à en reprendre ultérieurement la discussion. Que la coexistence d'une grosse rate avec une déformation du foie doit faire songer sérieusement à la syphilis hépatique.

En somme, ce diagnostic est un diagnostic d'élimination. En général, il est facile à faire, mais il demande un examen très approfondi, et l'appui des investigations faites au laboratoire. C'est donc une éventualité qu'il faut toujours envisager au moindre doute, et n'éliminer qu'après s'être entouré de sérieuses précautions.

Considérations thérapeutiques

Ainsi il n'existe anatomiquement et cliniquement qu'une forme essentiellement médicale de la syphilis du foie. Il ne semble pas que la thérapeutique établisse une différence.

Certes, l'intervention chirurgicale a parfois donné de très beaux résultats. Aussi certains auteurs, et en particulier Legueu, considèrent l'intervention comme la thérapeutique de choix. D'autres, avec Lejars, la jugent simplement inoffensive et lui reconnaissent l'avantage de permettre une biopsie. D'autres, enfin, avec Grenet, Levent et Péliissier, la croient inutile et dangereuse.

Cet avis nous paraît sage, car si la chirurgie a pu enregistrer des succès, est-il certain qu'un traitement médical bien conduit se fût montré moins efficace? Ce traitement, d'autre part, a la supériorité incontestable d'être étiologique et non pas seulement symptomatique. Enfin la chirurgie a éprouvé, outre des morts à brève échéance, des succès nets et des récidives.

Ce n'est pas que le traitement médical se montre toujours pleinement efficace, on sait aujourd'hui qu'il y a des syphilis résistant à tout traitement. Cependant, il faut bien reconnaître que, le plus souvent, les accidents graves ont été rapidement enrayés, et que les autres

symptômes ont, ensuite regressé de façon satisfaisante.

Sauf cas tout à fait exceptionnels, donc, on peut dire, semble-t-il, que le traitement de la syphilis hépatique ne diffère pas de celui de la syphilis en général. Le mercure, le bismuth et les iodures, se montrent également efficaces et bien tolérés. Certains auteurs ont pu, après une série de mercure, employer sans inconvénient les arsénobenzènes ; nous ferons simplement remarquer ici, qu'il vaut mieux généralement ne pas recourir à ces médicaments dans le cas qui nous occupe, étant donné la toxicité bien connue des arsenicaux pour la cellule hépatique.

Enfin, dans les cas difficiles, le traitement d'épreuve a souvent mis sur la voie du diagnostic. Le père de la médecine ne disait-il pas : « *Natura morborum curationes ostendunt* ».

Conclusions

I. — La symptomatologie polymorphe de la syphilis hépatique peut être souvent une cause d'erreur de diagnostic. La déformation du volume du foie, la douleur, la fièvre, peuvent en imposer pour des affections chirurgicales. On peut parler à juste titre de forme pseudo-chirurgicale de la syphilis du foie.

II. — De toutes les affections chirurgicales qu'elle peut simuler, ce sont celles du foie, et de beaucoup, qui créent les causes d'erreur les plus fréquentes. Les abcès, les kystes hydatiques, les néoplasmes sont parfois difficiles à distinguer de certaines syphilis du foie.

III. — Il est fréquent qu'une affection chirurgicale d'un autre organe abdominal soit simulée par une syphilis hépatique tertiaire. Les affections chirurgicales de presque tous les organes de l'étage supérieur de l'abdomen peuvent être envisagées parfois.

IV. — Le diagnostic ne peut souvent être établi d'une façon précise par une étude serrée de l'histoire clinique. Des examens de laboratoire et un traitement d'épreuve sont souvent nécessaires.

V. — Le traitement ne diffère en rien du traitement de la syphilis hépatique classique. Il devra être dirigé avec prudence, on se méfiera en particulier des médicaments arsenicaux, dont l'action toxique peut être nuisible à un foie en état de moindre résistance.

<i>Vu :</i>	LE PRÉSIDENT DE LA THÈSE,
LE DOYEN,	CADE.
JEAN LEPINE.	

Vu et permis d'imprimer

LYON, le 7 Novembre 1929

LE RECTEUR, PRÉSIDENT DU CONSEIL DE L'UNIVERSITÉ,
GHEUSI.

Bibliographie

- AGOULON. — (Formes pseudo-chirurgicales de la syphilis du foie). *Thèse de Paris*, 1923.
- CADE. — (La syphilis hépatique et son rôle dans l'étiologie des cirrhoses veineuses). *Archives des maladies du foie, du pancréas et de la rate*, 1927.
- CAIRE. — (Contribution à l'étude de la syphilis hépatique tertiaire du foie — Du diagnostic de l'hépatosyphilose tertiaire). *Thèse de Lyon* 1901-1902.
- CLÉMENT-SIMON et RENTY. — *Société de dermatologie et de syphiligraphie*, 10 novembre 1921.
- GILBERT, CHIRAY et COURY. — *Société de Médecine des Hôpitaux de Paris*, 1921.
- LEGUEU. — (Deux cas d'hépatectomie pour syphilis). *Congrès de chirurgie*, 1901.
- LEJARS. — (Les gros foies syphilitiques). *Semaine Médicale*, 1914.
- MILIAN. — *Progrès Médical*, 25 janvier 1910.
- PARANIKAS. — *Thèse de Lyon*, 1922.
- PAVIOT, BERTRAND, CROIZAT et CHEVALIER. — *Lyon Médical*, 24 mars 1929.
- POUCEL. — (Hépatite scléreuse syphilitique à symptômes inaccoutumés). *Archives des maladies du foie, du pancréas et de la rate*, janvier 1928.
- QUEYRAT. — *Société Médicale des Hôpitaux de Paris*, 31 mars 1916.
- STEINER. — (Tumeurs du foie opérées et reconnues syphilitiques après l'intervention). *Thèse Paris*, 1902.

TABLE DES MATIÈRES

Avant-propos.....	9
Syphilis du foie simulant une affection chirurgicale du foie	13
Etude critique... ..	31
Syphilis du foie simulant une affection chirurgicale d'un organe autre que le foie	37
Etude critique.....	52
Considérations anatomopathologiques	57
Essai d'étude clinique	59
Considérations thérapeutiques.....	63
Conclusions.....	65
Bibliographie	67
